

## O-4-28

### センサーマットに振り回されない業務を目指して

大津赤十字志賀病院 3階病棟

○<sup>ししど</sup>たよか 妙香、井口 幸代、松井 有里、邑楽さき子

【目的】地域包括ケア病棟となり、高齢者の入院が増加し、その上看護体制が7対1から13対1へと大幅なスタッフ削減があった。認知症のあるリハビリ目的の入院患者が多く、転倒予防のためのセンサーマットにスタッフが追われ、疲労が蓄積している状況が続いた。センサーマット使用の見直しと、転倒転落防止対策の改善が必要となり、「センサーマットを除去するための指標」（以下「指標」とする）を作成し、その妥当性が評価できたためここに報告する。

【方法】・「指標」使用前後にスタッフへアンケートを実施・過去の転倒の背景とデータを分析し「指標」作成

【結論】センサーマットを使用していた患者の分析で、転倒する背景の共通点が明らかになった。それを元に「指標」を作成し、23人の患者に使用した結果、センサーマット除去後転倒したのは1名であった。スタッフアンケートから、判断に迷った時は「指標」を活用することで、「迷わずタイムリーに除去する事ができた」と意見があり、「無駄なセンサーマットに振り回されることが少なくなった」と半数のスタッフから声が聞かれた。看護師は、日々変化する患者の能力の拡大へとつながるように目的を明確に示し、タイミングを見逃さない対応が必要である。今回「指標」を使用したことで、一人で安全に行動できる患者なのか、現段階ではまだ見守りが必要な患者なのかを見極めることに繋がり、必要なセンサーマットの対応・援助へと変えてきたと考える。患者の個々の問題点を明確化することが、環境づくり、リハビリの強化など、個別的な対策改善にも繋がり、結果としてセンサーマット除去後の転倒が起っていない事から、今回の「指標」が有効であった。

## O-4-30

### 転倒転落に関連する睡眠薬の影響 入院中と在宅の関連性について

諏訪赤十字病院 精神科<sup>1)</sup>、諏訪赤十字病院 医療安全推進室<sup>2)</sup>○<sup>まるやま</sup>丸山 <sup>ふみ</sup>史<sup>1)</sup>、神澤ひさ美<sup>2)</sup>、両角美由紀<sup>2)</sup>、久島 英雄<sup>2)</sup>

【目的】転倒転落に関する睡眠薬の影響を明らかにする

【方法】1) 2015年度当院に入院した患者を対象に、インシデントアクシデント報告よりレトロスペクティブに睡眠薬の服薬状況を調査した 2) 2013～2015年の3年間において、大腿骨近位部骨折にて当院に入院となった患者を対象に、転倒時に内服していた睡眠薬の服薬状況を調査した

【結果】1) 調査期間における転倒転落患者は410名。睡眠薬関連は84名であった。最も処方例が多いのは、ゾルピデム28名。次いでプロプラゾラム22名、デゾラム13名、フルニトラゼパム10名であった。転倒転落のタイミングは、せん妄下3名。中途覚醒および覚醒時の排泄前後が81名であった。2) 大腿骨近位部骨折による紹介入院数は336名。うち、睡眠薬が影響していると推測されるのは68名。デゾラム18名、プロプラゾラム16名、ゾルピデム9名、フルニトラゼパム7名、トリアゾラム6名であった。

【結論】地域連携拠点病院である当院は、紹介入院患者がほとんどを占めるため、開業医からの持ち込み薬剤が入院後の処方にも関連する。デゾラムやプロプラゾラムによる転倒事例は持ち込み薬剤に起因していた。また、入院患者においてゾルピデムが多い理由として、ω1受容体選択性による筋弛緩作用の少ない薬剤という文言が浸透しており、主治医が不眠時に安易に処方してしまうことが影響している。文献的にはゾルピデムの転倒リスクに関する報告が散見されており、見直しが必要であると同時に、地域の開業医への啓発も重要である。

## O-4-32

### 不眠時指示薬の標準化による転倒防止の取り組み

武蔵野赤十字病院 医療安全推進室

○<sup>くろかわらち</sup>黒川美知代、小林弥生子

【はじめに】転倒・転落事故は様々な要因が重なり合って発生する。今回、睡眠薬が関連したと思われる転倒防止のために不眠時指示の標準化を行った。標準化までの経緯と提案後の経過を報告する。

【活動内容】睡眠薬使用後の転倒による骨折が2例発生し、転倒報告の中で睡眠薬との関連性が高いと判断した患者のカルテレビューを行った。2015年1月～8月の入院中の転倒報告296件中、睡眠薬との関連性が高いと判断した転倒は80件だった。使用薬剤は患者の状況により色々だったが、当院採用睡眠薬の中で最も低用量である睡眠薬の使用では転倒報告は0件だった。低用量睡眠薬使用での転倒発生がないことは、身体への影響が少ないために転倒が起きにくいと推察した。不眠時指示薬は低用量睡眠薬を標準とすることで睡眠薬使用に関連した転倒を低減できると考え、2015年10月院内外全体へ提案した。2016年4月、診療科毎に指示のばらつきがあることが判明し、各診療科の指示およびバスの指示を変更し標準が守られる環境を調整した。

【結果】転倒・転落患者のカルテレビューを継続し効果を測定中である。2016年5月時点において睡眠薬との関連性が高い転倒発生件数に変化はないが、低用量睡眠薬使用での転倒の発生はない。転倒報告では再発防止策として睡眠薬変更の記述が増え、看護師からは睡眠薬を使用せずに不眠に対処している等の意見が聞かれ、医療者の睡眠薬使用に対する関心が高まっている。

【考察】不眠時指示の標準化は各医師・診療科による指示のばらつきがなくなり、薬剤変更時は医師の判断が加わるため睡眠薬使用に関する安全の担保となる。効果は測定中であり長期的に追っていく。転倒報告の統計分析結果を提示して不眠時指示の標準化に取り組んだことは、職員へのインシデント報告のフィードバックとなり、標準化を進める上で効果的であった。

## O-4-29

### 転倒転落による有害事故予防に効果的な取り組み

大阪赤十字病院 看護部

○<sup>とくなが</sup>徳永 <sup>のりこ</sup>典子

【背景と目的】当院の転倒転落報告割合は、全国の医療機関の平均よりも高く、2014年度3a以上が157件、発生率は1.61%であった。転倒転落事故は急性期治療の妨げとなり、患者、家族と医療者間の信頼関係に大きく影響する。そこで今回、有害事故予防に繋がった効果的な取り組みができたのでここに報告する。

【取り組み】1 アセスメントスコアシート(以下スコアシート)の活用 2 多職種による転倒転落予防チームの活動 3 患者参加の呼びかけ

【結果】1、スコアシートの評価実施率は著しく低かった。評価のタイミングを入院時、転倒転落発生時、状態変化時、入院後1ヶ月と取り決め、実施状況をみながらスコアシートの活用を促した。再評価実施を意識付けることで評価率は向上した。スコアシート活用機会の増加により、個々のアセスメント力が向上し、個別具体的な対策をベッドサイドで展開できるようになった。2、薬剤師と理学療法士の介入により、部署の看護師に対して専門的な指導が可能になり、より具体的な対策実施に繋がった。また、ベッドサイドでチーム活動を実施することで、患者、家族に組織的取り組みとして認知された。3、入院案内の更新に加え、転倒転落予防ポスターを掲示した。患者自身による予防行動が知識化され、着衣、履物を整える患者が増えた事に加え、転倒転落リスクについての理解が深まった。これらの取り組みにより、レベル3a以上の事故発生数は2015年度64件へ減少した。

【結論】スコアシート活用による再評価機会の増加は、看護師のアセスメント能力向上に繋がる。特に若年看護師に対する教育的効果は高く、具体的な予防対策を即時に実践できる能力が身についた。これらのことから、看護師の意識が変化し積極的に取り組んだ結果、有害事故が有意に減少したと考える。

## O-4-31

### 手術室廊下の整理整頓による転倒・事故の防止

長岡赤十字病院 看護部 手術室

○<sup>かなやま</sup>金山 <sup>ともよ</sup>朋代、渡邊奈緒美、堀越 悦子

【はじめに】当院手術室では医療機器や器械台が手術室廊下に放置され乱雑な状況が常態化しており危険であった。患者と医療スタッフの安全を守るため、手術室廊下の整理整頓に取り組んだ。

【問題と目標】現状調査から「1. 手術室廊下が乱雑であることに対して手術室スタッフの危機感が薄い」「2. ME機器や器械台・器械ワゴンの定位置が決まっていない」「3. 安全にベッドが通れる廊下幅を手術室スタッフが理解できていない」「4. 次の手術に必要な器材や器械台車を各部屋の前に置く習慣があり手術室廊下を狭くしている」という問題点が挙がった。これに対し「1. 手術室廊下が整理整頓され、患者や医療スタッフの転倒や事故が発生しない」「2. 看護業務に支障をきたさないよう、手術室スタッフ一人一人が整理整頓に取り組むことができる」ことを目標とした。

【対策】「1. 危険予知トレーニング・SSの実施」「2. ME機器と器械台・器械ワゴンの定位置の設定」「3. ベッドが安全に通行できる廊下幅の設定と表示」「4. 器械台車に関するマニュアルの変更」を実施した。

【結果】対策の実践から4か月後の現状調査では、手術室廊下は整理整頓された。2015年度患者の転倒や医療スタッフの衝突等の事故は発生していない。また、看護業務に支障が出たという報告もなく、目標は達成できた。

【今後の課題】危険予知トレーニング実施の継続、多忙な状況でもマニュアルを遵守できるように、手術室スタッフへ継続的な指導が必要である。

## O-4-33

### 病理組織診断報告書未確認を防止するシステムづくり

名古屋第二赤十字病院 呼吸器内科<sup>1)</sup>、医療安全推進室<sup>2)</sup>、病理診断科<sup>3)</sup>、病理検査課<sup>4)</sup>、総務課<sup>5)</sup>○<sup>おがさわらともひこ</sup>小笠原智彦<sup>1,2)</sup>、都築 豊徳<sup>3)</sup>、瀬古 周子<sup>4)</sup>、川田 新一<sup>5)</sup>、小瀬裕美子<sup>2)</sup>、伊藤 義隆<sup>2)</sup>、関 行雄<sup>2)</sup>

【背景と目的】病理組織診断報告書は極めて重要な情報である。特に悪性所見の未確認は治療の遅れを生じ、重大な結果を招く。2014-2015年の間に病理診断レポートの未確認に関わる事象が2例発生し、医療紛争に至った。未確認防止対策の立案と実施が必須と判断された。

【取り組み】Patient Safety委員会が病理診断レポート未確認防止WGの立ち上げを行った。WGは電子カルテ上のシステムのみでは防止困難と判断し、対策として総務課の協力によるメールでの連絡と紙運用による運用システムを立案し2016年12月開始した。組織診断結果を確認する病理部門システムの画面上に新たに＜説明実施＞のボタンを設置し、担当医が報告書を確認し、患者への説明を行なった際にそのボタンを押し、説明を行ったか否かを明確にした。病理診断日から1ヶ月経過後に＜説明実施＞のボタンの押されていない＜未説明＞報告書を抽出し、総務課職員から病理診断依頼医にメール通知する(毎日)。さらに、2週間毎に診断日が2ヶ月前の未説明報告書を抽出し、各診療科の代表者にメールと書面で通知した。書面は医療安全推進室へ返却されることとした。

【成績と結論】運用開始後の2015年12月、2016年3月の病理結果診断書はそれぞれ982、957通、その内1ヶ月以内の＜説明実施＞は636、738通、1-2ヶ月では201、104通、2ヶ月以降では39、34通、現在まで未説明は107、81通であった。システム自体は定着しつつあるが、まだ＜未説明＞状態の報告書が多く、意義を理解して、運用を確実に浸透する必要がある。＜未説明＞状態の報告書を0にすることのみが、病理診断結果の未確認を防止することを可能にしている。